

ходом к исследованию клеточного иммунного ответа. Сам неоптерин является биологически стабильным веществом, что позволяет с высокой надежностью измерить его концентрацию.

Известно, что неоптерин синтезируется моноцитами/макрофагами в процессе активации Т-лимфоцитов под влиянием интерферона γ . Неоптерин способен усиливать клеточную цитотоксичность, опосредованную свободными кислородными радикалами. Это дает основание рассматривать неоптерин в качестве показателя цитокинзависимой активации моноцитов/макрофагов и дополнительного патогенетического фактора тканевой деструкции. Увеличение уровня неоптерина отражает активность воспаления и активацию клеточного иммунитета (Е.Л. Насонов, М.Ю. Самсонов и соавт., 2000).

Целью нашего исследования было изучение уровня неоптерина у больных вирусным гепатитом А.

Материал и методы. На базе инфекционной клинической больницы №1 обследовано 30 больных в возрасте от 18 до 45 лет с вирусным гепатитом А. Диагноз подтвержден обнаружением в сыворотке крови anti-HAV YgM. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров. Обследование проводилось при поступлении, на 10-12 день лечения и в период ранней реконвалесценции. Определяли иммуноферментным методом уровень неоптерина. Среднее содержание неоптерина в начальный период заболевания превышало показатели контрольной группы, постепенно снижалось и к выписке, то есть к моменту клинического и биохимического выздоровления незначительно превышало нормальные значения.

Таким образом, увеличение уровня неоптерина сыворотки крови отражает выраженность воспалительного компонента и участие клеточного иммунитета в патогенезе вирусного гепатита А. Выявленные изменения требуют дальнейшего углубленного исследования.

В12. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА

Голованова Е.В., Ильченко Л.Ю., Царегородцева Т.М., Серова Т.И., Гудкова Р.Б.
ЦИИИ гастроэнтерологии, Москва

Цель исследования — изучить варианты течения первичного билиарного цирроза (ПБЦ).

Материал и методы. Обследовано 128 женщин, больных ПБЦ, в возрасте от 26 до 82 лет (средний возраст $56,2 \pm 12,6$ года). Продолжительность наблюдения составила от 6 мес до 22 лет. На основании анамnestических, клинико-биохимических, иммунологических, вирусологических, инструментальных и гистологических методов исследования на I стадии заболевания установлена 21 больная, на 2 стадии — 22, на 3 стадии — 64 и на 4 стадии ПБЦ — 21. Группу сравнения составили 20 пациенток с хроническими гепатитами вирусной этиологии. контрольную группу — 20 практически здоровых женщин, сопоставимых по возрасту.

Результаты. Отмечена высокая частота обнаружения АМAM2 в периферической крови больных ПБЦ (у 82 из 96; 85,4%). В 14,6% (n=14) случаев АМAM2 не были выявлены. У серопозитивных по АМAM2 пациентов преобладали характерные изменения кожных покровов (ксантелазмы, пигментация, гиперкератоз). В этой группе больных также чаще диагностировали наличие спленомегалии (50% против 35,7% — у АМAM2-негативных) и декомпенсацию цирроза печени в виде отечно-асцитического синдрома (8,5 и 0% соответственно). У АМAM2-негативных пациентов ПБЦ отмечена меньшая частота выявления внепеченочных системных проявлений заболевания (остеопения и остеопороз, аутоиммунный тиреоидит, ревматоидный артрит). В группе АМAM2-позитивных больных имело место достоверное повышение ($p < 0,05$) активности маркеров цитолиза, а также увеличение содержания иммуноглобулина

класса М ($p < 0,05$). У 12 (9,4%) из 128 обследованных выявлены признаки ПБЦ и аутоиммунного гепатита (АИГ). Основанием для данного диагноза служило значительное повышение в сыворотке крови показателей холестаза (гаммаглутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы) и цитолиза с увеличением активности аланиновой и аспарагиновой трансаминаз до 20 и более норм. В гепатобиоптатах этих больных обнаруживали деструктивный негнойный холангит, инфильтрацию плазматическими клетками и наличие мостовидных некрозов. Терапия кортикостероидными препаратами (преднизолон) в комбинации с урсодезоксихолевой кислотой приводила к снижению ферментативной активности.

Заключение. На основании полученных при исследовании данных можно выделить варианты течения ПБЦ: классический АМAM2-позитивный, АМAM2-негативный и «перекрест» ПБЦ и АИГ. Группа АМAM2-негативных больных ПБЦ характеризуется менее выраженной клинико-биохимической и иммунологической активностью, а также невысокой частотой выявления системных проявлений. «Перекрест» рассматривается нами как сочетание биохимических и морфологических признаков деструктивного негнойного холангита и активного гепатита.

В13. ДЕТОКСИЧЕСКАЯ И БЕЛКОВОСИНТЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ РАЗЛИЧНОГО МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ

Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Невойт А.В.

Украинская военно-медицинская академия, Киев
Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Цель работы — оценить состояние детоксической и белковосинтетической функций печени в динамике лечения гепатопротекторами различного механизма действия.

Материал и методы. Обследовано 157 больных алкогольной болезнью печени (АБП) на стадии хронического гепатита (ХГ) (из них 154 мужчины, 3 женщины; средний возраст $45 \pm 4,5$ года). В зависимости от назначенной гепатопротекторной терапии больные разделены на группы: I группа (n=29) получала эссенциале форте Н по 2 капсулы 3 раза в день, II группа (n=31) — легалон-70 по 1 капсуле 3 раза в день, III группа (n=28) — глутаргин (L-аргинина L-глутамат) три дня в/в капельно по 50 мл (2 г) на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида 1 раз в сутки, с 4-го дня по 2 таблетке (0,5 г) 3 раза в день, IV группа (n=34) — глутаргин в комбинации с эссенциале форте Н по схеме, V группа (n=35) — глутаргин в комбинации с легалон-70 по схеме. Курс лечения — 8 недель. Детоксическую функцию печени оценивали по активности аргиназы крови (Храмов В.А., 1973), белковосинтетическую — по активности орнитиндекарбоксилазы крови (Храмов В.А., 1997).

Результаты. При АБП на стадии ХГ имеет место угнетение белковосинтетической и детоксической функций печени: достоверное снижение у всех больных до лечения активности орнитиндекарбоксилазы крови в 2 раза при норме $1,95 \pm 0,13$ нкат/л, аргиназы крови — в 1,8 раза при норме $1,33 \pm 0,08$ ммоль/час/л. После лечения отмечено достоверное увеличение активности орнитиндекарбоксилазы крови у больных всех групп: в I группе — в 1,3 раза, во II группе — в 1,5 раза, в III группе — в 1,6 раза, в IV группе — в 1,7 раза, в V группе — в 1,8 раза, достигнута нормализация. Активность аргиназы крови после лечения у больных I группы увеличилась в 1,4 раза, II группы — в 1,5 раза, III и IV групп — в 1,6 раза, V группы — в 1,7 раза, достигнута нормализация. Таким образом, гепатопротекторная терапия препаратами на основе эссенциальных фосфо-

липидов, силимарина, аминокислот (L-аргинина L-глутамат) оказывает положительное влияние на белково-синтетическую и детоксическую функции печени. Наиболее выраженную активацию белковосинтетических процессов и детоксикации в печени вызывает лечение силимариносодержащим, а также аминокислотным (L-аргинина L-глутамат) гепатопротекторами, максимальную — их комбинированное применение, позволяющее, по-видимому, потенцировать фармакодинамические эффекты за счет различных механизмов действия.

В14. РОЛЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Дроздов В.Н., Бордин Д.С., Терьянов М.Б., Петраков А.В.
ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва

В настоящее время широкое применение при лечении заболеваний печени находит обменное переливание плазмы — плазмаферез (ПФ). Этот метод считается достаточно эффективным и экономичным. Положительный клинический эффект достигается у 60% больных хроническими заболеваниями печени. В течение первых суток после проведения ПФ у больных отмечается улучшение общего самочувствия, уменьшение слабости, диспепсических явлений, интенсивности кожного зуда, снижение уровня билирубина, аммиака. Вместе с тем, несмотря на широкое клиническое применение ПФ, механизм его лечебного эффекта во многом остается невыясненным. Не удалось так же обнаружить надежных лабораторных маркеров эффективности плазмафереза.

Целью настоящего исследования было изучение влияния ПФ на уровень билирубина, аммиака и экскреции натрия.

Исследование было проведено у 12 больных циррозом печени (6 — вирусной, 6 — алкогольной этиологии). Больным проводили курс ПФ из 3 - 4 сеансов. Изменения клинических проявлений заболевания и лабораторных показателей оценивали после каждого сеанса ПФ и по окончании курса эфферентной терапии.

На фоне проводимого ПФ отмечали достоверное уменьшение уровня билирубина и аммиака крови на 25-30% по окончании курса лечения. Положительную динамику отмечали после второй процедуры, и максимальное снижение наблюдали в течение суток после окончания 4 сеанса ПФ. На фоне улучшения лабораторных показателей отмечали уменьшение экскреторности кожных покровов, зуда, симптомов печеночной энцефалопатии.

У больных происходила коррекция натриевого баланса, что выражалось в нормализации экскретируемой фракции натрия и уровня натрия в плазме крови. Таким образом, проведение ПФ служит эффективным дополнением к стандартным методам лечения печеночной недостаточности, позволяет уменьшить риск возникновения печеночной комы и гепаторенального синдрома.

В15. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МУТАНТНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗОНЫ МУТАЦИИ

Дуданова О.П., Яхонтова О.И.

Петрозаводский государственный университет

В настоящее время особое внимание уделяется течению мутантных форм хронического гепатита В (ХГВ). Многие исследователи отмечают более тяжелое течение и раннее формирование цирроза печени при ХГВ, вызванном пресоре/соре типом HBV. Менее исследованной является форма ХГВ, вызванная пре-S1-мутантным типом HBV.

Целью работы явилось изучение особенностей мутантных форм ХГВ, вызванных вирусом гепатита В с пресоре/соре-, преS1- и сочетанной мутацией в этих зонах генома.

Материал и методы. Обследовано 84 больных ХГВ, которые разделены на 3 группы: в 1-ю вошли 21 больной с диким типом HBV, с наличием в крови как HBsAg, так и HBeAg, во 2-ю — 35 больных с пресоре/соре-типом HBV, с отсутствием HBeAg и наличием AbHBe и в 3-ю — 28 больных с двойной мутацией — пресоре/соре и преS1- типом HBV, с отсутствием HBsAg и HBeAg. У всех больных определяли методом ИФА серологические маркеры HBV-инфекции, методом ПЦР в ткани печени и сыворотке крови определяли ДНК HBV. Оценивали гистологическую активность ХГВ по методу R.G.Knodell и соавт. Диагноз хронического гепатита верифицировали общепринятыми лабораторными и инструментальными методами исследования.

Результаты. Сравнительный анализ клинико-лабораторных и морфологических данных выявил более тяжелое течение ХГВ, вызванного HBV с двойной мутацией в пресоре/соре и преS1-зонах генома, у них достоверно выше по сравнению с ХГВ, вызванным диким типом HBV, были показатели некротически-воспалительного синдрома: уровень аминотрансфераз, индекс гистологической активности и склероза, уровень гамма- и иммуноглобулинов. Среди них цирроз печени встречался у 32,1% больных. На втором месте по тяжести течения был ХГВ с пресоре/соре- мутацией — то есть с наличием австралийского и отсутствием HBeAg и наличием AbHBe. Активность процесса при нем по биохимическим и гистологическим показателям приближалась к активности у больных 1 группы, цирроз печени встречался чуть реже — у 22,9% больных. Наименьшей активностью характеризовался ХГВ, вызванный диким типом ХГВ, как по клинико-лабораторным, так и по гистологическим данным, среди них значительно реже встречался цирроз печени — только у 9,5% больных.

Заключение. Хронический гепатит В, вызванный вирусом с двойной мутацией в пресоре/соре и преS1-зонах характеризовался большей клинико-лабораторной и гистологической активностью по сравнению с ХГВ, вызванным вирусом с одной мутацией в пресоре/соре регионе и тем более с дикой формой ХГВ, который отличался достоверно меньшей активностью некротически-воспалительного процесса.

В16. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С В АССОЦИИИ С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Думбрава В., Цуркану А.

Университет медицины и фармации Н. Тестемичану

Введение. Роль герпес-вирусной инфекции в поражении печени в настоящее время недостаточно ясна. По некоторым публикациям сочетание вирусного гепатита С с герпес-вирусной инфекцией встречается в 10,5-35,5%.

Цель — изучение особенностей клинико-параclinical показателей при хроническом вирусном гепатите С в ассоциации с герпес-вирусной инфекцией.

Материал и методы. В исследование включено 35 больных с ХГС, в возрасте от 20 до 48 лет; из них 22 (62,8%) — женщины, 13 (38,2%) — мужчины. Диагноз ХГС был установлен на основании клинических и лабораторных данных с определением РНК-ВГС (ПЦР) в сыворотке крови. У всех больных с ХГС для выявления герпес-вирусной инфекции были определены вирусоспецифические антитела класса IgM, IgG (ИФА). По этому принципу всех больных разделили на 2 группы: 1-я группа — больные с ХГС без герпес-вирусной инфекции — 26 (74,2%), 2-я — больные с ХГС в сочетании с герпесной инфекцией — 9 (25,8%).

Результаты. В результате обследования больных выявлено наличие астеноневротического синдрома в 78% случаев в 1-й группе и в 93% во 2-й группе; гепатомегалия выявлена в 67% в 1-й группе и в 72% — во 2-й